



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DIRETRIZES PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
DE LÉSBICAS, MULHERES BISEXUAIS E QUE FAZEM SEXO COM OUTRAS  
MULHERES**

**Secretário Municipal de Saúde**

Carlos Henrique Casartelli

**Coordenadora da Assessoria de Planejamento**

Miriam Gizele Medeiros Weber

**Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Mulher**

Luciane Rampanelli Franco

**Responsáveis pela Elaboração da Diretriz Clínica**

Dinora Hoeper - Médica Ginecologista da Rede

NUPACS - Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde.

LBL - Liga Brasileiras de Lésbicas

**Colaboração**

Luciane Rampanelli Franco – Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Mulher

Cristina Maria Almeida dos Santos – Membro da Área Técnica da Saúde da Mulher

Secretaria Municipal da Juventude

Manoela Chaves Barcelos - Secretaria de Gestão e Acompanhamento Estratégico

Maria do Carmo de Souza – Secretaria Municipal de Educação

Ruth Alves de Ávila – Secretaria Municipal de Saúde

Silvia Cristina B.Winiawer – Secretaria Municipal da Saúde

## Sumário

Magnitude	04
Transcendência	05
Vulnerabilidade	06
Objetivos, População-alvo	07
Abordagem Clínica	07
Câncer de colo do útero e câncer de mama	08
Câncer de Ovário e Endométrio	09
Doenças Sexualmente Transmissíveis	09
Gravidez Indesejada	10
Maternidade e Parentalidade	10
Violência	11
Referências	12

## MAGNITUDE

O termo lésbica é utilizado para definir a orientação sexual de mulheres que se relacionam sexual e afetivamente com outras mulheres. Essa orientação pode ser afirmada pelas mulheres assumindo a forma de uma identidade sexual pública e compartilhada em diferentes esferas sociais. A palavra lésbica pode ser utilizada também para definir as práticas homoeróticas dessas mulheres, sem que estas sejam compartilhadas publicamente ou associadas à identidade social (mulheres que fazem sexo com mulheres). Mulheres que se identificam como lésbicas ou que têm práticas homoeróticas podem ser encontradas em todos os grupos étnicos, classes sociais, faixas etárias e ocupações profissionais.

Não existem estatísticas precisas sobre o número de mulheres lésbicas no Brasil. Isso se deve, em grande medida, às diferenças nas trajetórias afetivo-sexuais dessas mulheres, o que dificulta a sua apreensão quantitativa, à falta de pesquisas direcionadas ao tema e à expectativa de discriminação relacionada à declaração da orientação sexual, o que faz com que muitas destas mulheres preservem esta identidade. Além disso, a própria definição das práticas sexuais é muita mais difusa não correspondendo necessariamente ao padrão “penetrativo vaginal”. Apesar disso, diretrizes internacionais sugerem que entre 5 e 10% da população feminina esteja compreendida neste espectro. (DAVIS, 2000).

É fato reconhecido em todo mundo que o cuidado com a saúde das mulheres tem conhecido avanços significativos nas últimas décadas. Poucos trabalhos de pesquisa, entretanto, estudam especificamente o impacto desses avanços para as mulheres lésbicas ou bissexuais (DAVIS, 2000; ALMEIDA, 2009). Grande parte desse público não se enquadra no modelo prioritário da atenção básica, que se refere à saúde materno-infantil.

As pesquisas realizadas com mulheres lésbicas no Brasil indicam que estas mulheres tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as pacientes heterossexuais. Dados coletados recentemente na Grande Porto Alegre apontam para experiências de discriminação no atendimento, seja na recepção ou na consulta médica, dificuldades na abordagem da orientação sexual durante a consulta, e principalmente desconforto com a utilização de determinados instrumentos durante a consulta, como o espécuro, por exemplo (KNAUTH, MEINERZ, 2010).

## **TRANSCENDÊNCIA**

Uma vez que o direito à livre orientação sexual e à identidade de gênero está inserido dentro do conceito de saúde da OMS, o enfrentamento da homofobia/lesbofobia e da heteronormatividade torna-se uma estratégia crucial para a garantia do acesso ao atendimento de saúde e da qualidade da atenção que deve ser prestada.

Se a orientação ou a identidade sexual de uma pessoa for desconhecida, ou presumida pelo profissional de saúde que a atende, é muito provável que esta pessoa não receba o melhor atendimento possível já que, na verdade, é a prática sexual que a coloca em risco, e não a sua orientação sexual.

Este assunto assume importância extrema, uma vez que o ginecologista, muitas vezes, é o médico que tem a oportunidade de diagnosticar e orientar a mulher sobre outras patologias clínicas, além das ginecológicas (CARROL, 2010).

Muitas mulheres acabam por não se identificarem como lésbicas ou bissexuais por receio de rejeição familiar ou constrangimento social, ou mesmo porque os relacionamentos com outras mulheres são eventuais, o que as faz perceberem-se como heterossexuais e não como lésbicas.

Profissionalismo e confidencialidade são as chaves para permitir que as mulheres lésbicas e bissexuais possam falar abertamente com os profissionais de saúde sobre a sua sexualidade, permitindo assim um atendimento corretamente direcionado e qualificado.

Torna-se necessário, portanto, capacitar as equipes de saúde para o desenvolvimento de ações e práticas de educação em saúde nos serviços do SUS, enfatizando o direito à livre orientação sexual e à identidade de gênero e com o foco centrado nas práticas sexuais da mulher que procura estes serviços, independente de sua orientação sexual ou da aparência que assuma (BRASIL, 2008).

Programas de educação em sexualidade deveriam fazer parte dos currículos dos cursos da área de Saúde visando à redução de visões homofóbicas, lesbofóbicas e heteronormativas, e à formação de profissionais que entendam a diversidade sexual e sejam capazes de lidar com esta parcela de usuários dos serviços sem que se sintam incomodados ou desconfortáveis.

## **VULNERABILIDADE**

A existência de um risco diminuído de transmissão de HIV nas práticas sexuais entre mulheres resulta, muitas vezes, na despreocupação por parte do profissional de saúde em relação às abordagens de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e hepatites virais. O fato de uma mulher se declarar lésbica não significa que ela não possa ter práticas sexuais de risco.

Pesquisas realizadas no Brasil (PINTO, 2005; MORA, 2009) identificam situações de possível transmissão, considerando não apenas as práticas homoeróticas, mas também no que se refere à possibilidade de relações com homens. Os autores alertam para o compartilhamento de dildos e vibradores e para as práticas de sexo oral durante o período de menstruação, ambos sem proteção, como fatores de risco nas práticas entre mulheres. Também se destacam os riscos relacionados à mudança freqüente de parceiros e o trânsito entre práticas homo e heterossexuais.

Os profissionais de saúde devem estar atentos para o fato de que a sexualidade não é fixa. Ela se expressa de maneiras diferentes ao longo da vida dos sujeitos de forma coerente ou não com sua identidade sexual. Desse modo, é justamente a pretensa segurança associada às relações entre mulheres e a banalização do conhecimento sobre prevenção que faz com que algumas mulheres adquiram doenças sexualmente transmissíveis ou mesmo tenham uma gravidez indesejada numa relação eventual com homens.

Em virtude dessas razões o atendimento ginecológico deve estar focado na declaração das práticas sexuais mais do que na orientação sexual da paciente, considerando as possibilidades de prevenção para cada uma das práticas sexuais declaradas. Além disso, o conhecimento em relação ao acesso e ao uso de preservativos masculinos ou femininos relacionados às práticas heterossexuais também deve ser estimulado, como método de dupla proteção.

Promover, de forma permanente e continuada, a equidade para esta parcela da população significa entendê-la em suas vulnerabilidades específicas (BRASIL, 2010). Estudos de larga escala entre norte-americanas demonstram que mulheres lésbicas possuem uma maior tendência ao tabagismo e ingestão de álcool e outras drogas (fatores associados ao sofrimento mental, em virtude do alto grau de preconceito e rejeição), a um maior índice médio de massa corporal, a serem nulíparas, não utilizarem contraceptivos orais, não amamentarem e realizarem menos exames preventivos (CARROL, 2010). Estas características constituem fatores de risco para diabetes, doença cardiovascular e alguns tumores: cólon, pulmão, ovário, endométrio e mama.

## **OBJETIVOS:**

- Sensibilizar os profissionais que atuam na rede de atenção primária para o reconhecimento de que uma parcela significativa de usuárias dos serviços de saúde é lésbica ou bissexual, merecendo igualdade de tratamento com pacientes heterossexuais;
- Capacitar as equipes de saúde para a identificação correta das questões relativas à orientação sexual e à identidade de gênero, sem que estas sejam empecilhos para a abordagem adequada, focada nas práticas sexuais da paciente e não na sua orientação sexual;
- Incentivar o respeito à utilização do nome social para as pacientes lésbicas masculinizadas e o cuidado na escolha do espécuro para pacientes sem práticas penetrativas nas relações sexuais;
- Prover informações para a incorporação de conhecimento sobre diagnóstico e tratamento em saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, com atenção especial à saúde mental e às patologias decorrentes do sofrimento psíquico, resultado do preconceito relacionado à homossexualidade;
- Proporcionar um atendimento integral à saúde física e mental das mulheres que fazem sexo com outras mulheres;
- Humanizar a assistência prestada às mulheres lésbicas e bissexuais, em conformidade com as diretrizes da humanização do SUS e do Programa Brasil sem Homofobia.

## **POPULAÇÃO ALVO**

Lésbicas, mulheres bissexuais ou que fazem sexo com outras mulheres.

## **ABORDAGEM CLÍNICA**

O atendimento ginecológico de mulheres lésbicas e bissexuais ou que fazem sexo com outras mulheres não deve ser diferente daquele dispensado às mulheres em geral.

Entretanto, é necessária a incorporação de preocupação relativa à sexualidade, fundamental para minimizar a ênfase heteronormativa do atendimento ginecológico como um todo e necessária para entender os riscos relativos a determinadas práticas sexuais.

Por isso, antes de perguntar sobre contracepção, o ginecologista deve perguntar se a mulher tem vida sexual ativa; qual é a sua situação conjugal; se ela se relaciona com homens, com mulheres ou com ambos e qual o número aproximado de parceiros (as) que ela tem atualmente (GLMA, 2001). Desse modo, o ginecologista possibilita que todas as mulheres possam falar abertamente sobre a sua sexualidade, sem receio de quaisquer constrangimentos, demonstrando abertura para o tema e compreensão de suas implicações e práticas.

## **RASTREAMENTO**

Não há estudos populacionais sobre o risco para câncer em lésbicas.

Assim, o rastreamento deverá ser baseado nos fatores de risco individual, utilizando as diretrizes de rastreamento que são utilizadas para a saúde de todas as mulheres. (Ver Protocolo de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero e Protocolo de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama da SMS/POA).

### **Câncer de Colo do Útero**

– O risco é maior em mulheres lésbicas que:

- ✓ Tiveram mais de um parceiro sexual masculino;
- ✓ Foram infectadas pelo HPV;
- ✓ Fumam;
- ✓ Realizaram tratamento para anormalidade em citopatológico de colo no passado.

Há evidências de que mulheres que se relacionam exclusivamente com outras mulheres apresentam taxas de displasia cervical semelhantes às das mulheres heterossexuais. Isto reforça a necessidade de manter-se o rastreamento das lesões precursoras do câncer uterino também para as mulheres lésbicas, observando-se as recomendações das diretrizes existentes, sob pena de postergar o diagnóstico e o tratamento das lesões de alto grau.

### **Câncer de Mama**

Embora não existam informações específicas disponíveis sobre câncer de mama em mulheres lésbicas, devem-se considerar os estudos epidemiológicos que sugerem risco aumentado para câncer de mama em mulheres nulíparas e que nunca amamentaram, bem como naquelas que tiveram seu primeiro filho em idade mais tardia. Uma vez que esses fatores são comuns entre mulheres lésbicas, é preciso considerar que elas constituem um grupo de risco para esta patologia.

A análise de alguns dados demográficos em diversos países indica que o risco teórico de câncer de mama em mulheres lésbicas é de uma a cada três comparado com o risco de uma para oito das mulheres em geral. Além disto, estas mulheres tendem a realizar menos mamografias, auto-exame de mamas e consultas ginecológicas do que as heterossexuais, o que reduz a chance de detecção precoce da doença.

As mulheres lésbicas masculinizadas podem utilizar bandagem para disfarçar as mamas, apresentar demandas em relação a mastectomia ou utilizar hormônios para modificação corporal. Nesse sentido, é importante observar a existência de algum descuido intencional com doenças relacionadas ao corpo feminino que possam estar associadas a essas intenções. É importante ressaltar que o papel do ginecologista não é reprimir essas demandas e sim apontar que a doença não é um caminho seguro para tal fim.

Todas as mulheres, independente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, devem ser rastreadas para câncer de mama segundo as diretrizes existentes. As lésbicas devem ser orientadas para a necessidade dos cuidados e para o auto-exame e exame periódico como forma de prevenção ao câncer de mama. (Ver Protocolo de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama: PORTO ALEGRE 2008).



## **Câncer de Ovário**

As recomendações para o rastreamento do câncer de ovário são controversas e baseadas em fatores de risco, não em orientação sexual. A incidência de câncer de ovário tem sido relatada com maior frequência em mulheres que nunca tiveram filhos e naquelas que nunca fizeram uso de anticoncepção oral. As lésbicas representam de forma expressiva este segmento, o que aumenta seu risco teórico em comparação com as heterossexuais.

## **Câncer de Endométrio**

Em relação ao câncer de endométrio, até hoje nenhum tipo de rastreamento demonstrou diminuição da mortalidade (ANDRADE, 2001). Entre os fatores de risco incluem-se a obesidade, o uso de terapia hormonal e de tamoxifeno. A perda de peso parece ser a medida preventiva mais eficaz, mas o uso de contraceptivos orais pode exercer um papel protetor. Como grande parte das mulheres lésbicas fez pouco ou nenhum uso destes contraceptivos, elas encontram-se dentro do grupo de risco para o desenvolvimento deste tipo de neoplasia.

## **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**

Rastreamento para DST deve ser realizado em mulheres sintomáticas ou, periodicamente, naquelas que apresentam um risco aumentado (mais de um/a parceiro/a ou parceira/o com outro/as parceira/os, DIP prévia, sexo anal, usuária de drogas, prostituição, compartilhamento de instrumentos penetrantes, dildos, vibradores). Aquelas que apresentarem infecções ginecológicas devem ser orientadas a informar seu(s)/sua(s) parceiro/a(s), enfatizando a necessidade de testagem, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2010). Também aquelas mulheres – independente de sua orientação sexual - que optarem por inseminação, devem ser alertadas para a possibilidade de aquisição de HIV através do material obtido em bancos de esperma.

Embora a prevalência das DST pareça ser similar entre mulheres lésbicas e heterossexuais, o que varia são as taxas. Entre as lésbicas são mais frequentes a vaginose bacteriana e a candidíase, ao passo que Chlamydia, gonorréia e DIP não são muito comuns. Também as chamadas blood borne viruses (HIV, hepatites B e C) não parecem ser comumente transmitidas. Entretanto, há evidências de que HPV, Herpes e vaginose bacteriana podem ser transmitidos sexualmente entre mulheres (McNAIR, 2003).

A infecção por HPV, que é necessária, mas não suficiente para o desenvolvimento de câncer de colo, pode ser transmitida de mulher para mulher por contato pele-pele e pele-mucosa.

## **Gravidez Indesejada**

Algumas mulheres lésbicas, sobretudo as mais jovens, por pressão social ou para aceitação no grupo no qual deseja estar inserida, acaba tendo relacionamentos sexuais eventuais com homens, ou mesmo com amigos gays.

Esta eventualidade no relacionamento e o auto-reconhecimento como lésbica cria uma atmosfera de falsa segurança que não raro leva à gravidez indesejada e precoce.

Muitas destas meninas não sabem como utilizar a camisinha e acham que por fazerem sexo com amigos estão protegidas de doenças sexualmente transmissíveis.

A orientação para métodos preventivos, como o uso dos contraceptivos orais e o período de efeito, a colocação correta do preservativo e a utilização da contracepção de emergência são importantes para estas mulheres e sua autonomia sexual.

## **Maternidade e Parentalidade**

As mulheres lésbicas não têm um desejo menor de filhos do que as mulheres em geral; entretanto, elas tendem a enfrentar maiores obstáculos para concretizar a parentalidade. Existe uma tradição de mais de trinta anos de pesquisas na área da psicologia do desenvolvimento norte-americana que demonstrou não existirem diferenças no desenvolvimento psicossocial de crianças educadas por lésbicas nem em relação à identidade sexual ou de gênero, nem de inteligência ou de traços de personalidade.

Lésbicas que decidem ter filhos possuem algumas necessidades similares às dos casais heterossexuais e outras bastante particulares, especialmente relacionadas à homofobia, à possibilidade de rejeição pela família e ao acesso dificultado aos serviços de saúde especializados e bancos de esperma. Uma vez que um casal homossexual decida engravidar, as informações necessárias devem ser fornecidas pelos profissionais de saúde e as orientações devem ser as mesmas que aquelas disponibilizadas para o casal heterossexual. É fundamental que a parceira seja incluída em todas as consultas e discussões.

O pré-natal da gestante lésbica é similar ao da gestante heterossexual e deve seguir as indicações das diretrizes existentes para a assistência obstétrica (PORTO ALEGRE, 2006). A presença da parceira deve ser encorajada durante todo o período gravídico- puerperal.

Mulheres lésbicas podem ter estado grávidas no passado, podem viver com ou sem filhos de uma união heterossexual anterior, ou podem viver com filhos de relacionamentos anteriores de suas parceiras. Algumas podem tornar-se mães por adoção ou por inseminação. É recomendável que as questões sobre custódia em casos de separação do casal ou da morte de uma das parceiras sejam previamente discutida com um especialista em direito da família.

## **Violência**

As mulheres lésbicas estão tão suscetíveis à violência conjugal quanto às mulheres heterossexuais. Os profissionais da área da saúde devem estar alerta para essa possibilidade, considerando principalmente a dificuldade da paciente em declarar a agressão e denunciar a parceira lésbica. O uso abusivo de álcool e de drogas ilícitas, segundo alguns estudos realizados há alguns anos, parece ser maior do que entre mulheres heterossexuais (FACCHINI, BARBOSA, 2006; AARON, 2001). Um novo estudo, que deverá durar 5 anos, está sendo realizado pelo National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), e pretende abordar, além do uso abusivo de álcool, outras questões relevantes tais como discriminação, assédio e abuso sexual.

Mais de um terço das lésbicas entre 22 e 52 anos de idade já sofreu agressão por parte de suas parceiras, e o uso de álcool ou de outras drogas esteve envolvido na maior parte destes incidentes. Portanto, uma avaliação clínica criteriosa deve rastrear todas as mulheres, independente de sua orientação sexual, para o uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Um outro aspecto a ser ressaltado é a violência a que são submetidas socialmente as mulheres lésbicas, pelo preconceito em relação a sua orientação e práticas sexuais. Nesse sentido a violência física e também verbal é utilizada como estratégia repressiva no âmbito doméstico-familiar. Além disso, as mulheres lésbicas e bissexuais estão sujeitas a diferentes manifestações de lesbofobia no espaço público e de assédio moral vinculado à orientação sexual ou à identidade de gênero no ambiente de trabalho. Nesse sentido, destaca-se uma situação mais ampla de vulnerabilidade social que favorece o desenvolvimento de doenças e reduz as possibilidades de cuidado com a saúde, criando não-raro, quadros agudos de opressão e sofrimento mental.

Frequentemente a invisibilidade e a necessidade de inventar mentiras para encobrir sua sexualidade reforçam este ambiente de repressão e de sofrimento que levam à depressão e a outras doenças mentais graves (McNAIR).

Todos estes fatores devem ser investigados e não PRESUMIDOS como condição decorrente da orientação sexual das mulheres lésbicas e bissexuais. É a abordagem utilizada pelo profissional que possibilitará um ambiente tranquilo, respeitoso e sem preconceitos que leve ao diagnóstico correto e ao encaminhamento adequado para cada paciente.

## REFERÊNCIAS:

- AARON, DJ et al. Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. Am J Public Health 2001; 91: 972-975.  
[http://www.mja.com.au/public/issues/178\\_12\\_160603/mcn10852\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/178_12_160603/mcn10852_fm.html)
- ALMEIDA, G.. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e AIDS entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. Physis [online]. 2009 vol.19, n.2, pp. 301-331 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200004&script=sci_arttext)
- ANDRADE, JM. Rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de endométrio. 2001. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/arquivos/diretrizes/029.pdf>
- BARBOSA, Regina Maria; KOYAMA, Mitti Ayako Hara. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n7/15.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais Rev. Saúde Pública 2008; 42(3): 570-3
- BRASIL. Ministério da Saúde. Mulheres contra as DST e AIDS.2010. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=I%C3%A9sbicas-mulheres-bissexuais-e-mulheres-que-fazem-sexo-com-mulheres-msm>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT. 2010. Disponível em: [http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Pol%C3%ADtica\\_nacionalLGBT.pdf](http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Pol%C3%ADtica_nacionalLGBT.pdf)
- CARROL, Nina M. Gynecologic and obstetric care for lesbians. Disponível em: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~LOjKIZvYmfcYvf6>
- DAVIS, Victoria et alii. Lesbian health guidelines. Disponível em: <http://www.sogc.org/guidelines/public/87E-PS-March2000.pdf>
- FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina Maria. Saúde das mulheres lésbicas. Promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte; Rede Feminista de Saúde; 2006. 40p. ilus, tab. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=433640&indexSearch=ID>
- GLMA – Gay and Lesbian Medical Association. Guidelines for care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender patients. Disponível em: [http://www.qahc.org.au/files/shared/docs/GLMA\\_guide.pdf](http://www.qahc.org.au/files/shared/docs/GLMA_guide.pdf)
- HILLIER, L; de VISSER, R; KAVANAGH, A; McNAIR, R. The association between licit and illicit drug use and sexuality in young Australian women. Med. J. Aust. 2003. Disponível em: [http://www.mja.com.au/public/issues/179\\_06\\_150903/letters\\_150903\\_fm-4.html](http://www.mja.com.au/public/issues/179_06_150903/letters_150903_fm-4.html).
- KNAUTH, Daniela R.; MEINERZ, Nádia E. As faces da homofobia no campo da saúde. 2010. Disponível em: <http://www.lbsaudelesbica.blogspot.com/>

McNAIR, Ruth P. Health and healthcare for lesbian, bisexual and same attracted women. Disponível em: <http://www.dialog.unimelb.edu.au/lesbian/guidelines/overview.html>

McNAIR, Ruth P. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. 2003 Disponível em: [http://www.mja.com.au/public/issues/178\\_12\\_160603/mcn10852\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/178_12_160603/mcn10852_fm.html)

MORA, Claudia. Vulnerabilidade ao HIV-AIDS: sociabilidade e trajetórias de vulnerabilidade entre mulheres com práticas homoeróticas no Rio de Janeiro. Mestrado em Saúde Coletiva. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009.

PINTO, V. M. et al. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. AIDS, v. 19 Suppl 4, p. S64-S69, 2005.

PORTO ALEGRE/SMS/ASSEPLA. Diretrizes de assistência ao pré-natal de baixo risco. Disponível em: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/protocolo\\_de\\_pre-natal06.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_de_pre-natal06.pdf)

PORTO ALEGRE/SMS/ASSEPLA. Protocolo de detecção precoce e prevenção câncer de colo de útero. Disponível em: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/cacolo\\_\\_protocolo\\_2007.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/cacolo__protocolo_2007.pdf)

PORTO ALEGRE/SMS/ASSEPLA. Protocolo de rastreamento e detecção precoce de câncer de mama do município de Porto Alegre. Disponível em: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/protocolo\\_mama\\_final\\_2008.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_mama_final_2008.pdf)

LIGA BRASILEIRA DE LÉSBICAS  
NUPACS/UFRGS – Núcleo de antropologia do Corpo e da Saúde